EXPOSÉ

DES

TITRES SCIENTIFIQUES

DU

Docteur BARETTE

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
ANCIEN PROSECTEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
LAURÉAT DE LA FACULTÉ. MÉDAILLE D'ARGENT 1884

CANDIDATURE A L'AGRÉGATION EN CHIRURGIE

1889

I. ÉTATS DE SERVICE DANS LES HOPITAUX ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1° Dans les Hôpitaux de Paris

a) EXTERNAT

1876. — Hôpital Saint-Antoine. — *Médecine :* M. LANCEREAUX.
1877. — Hôpital de la Pitié. — *Clinique chirurgicale :* M. le professeur VERNEUIL.

b) INTERNAT

1878. — Hôpital Saint-Antoine. — *Chirurgie générale :* M. B ANGER (interne provisoire).
1879. — Hôtel-Dieu. — *Médecine :* M. FRÉMY, suppléé par M. Huchard.
1880. — Hôtel-Dieu. — *Clinique ophthalmologique :* M. le professeur PANAS.
1881. — Enfants-Malades. — *Chirurgie infantile (Orthopédie) :* M. DE SAINT-GERMAIN.
1882. — Hôpital Necker. — *Clinique chirurgicale :* M. le professeur TRÉLAT.

2° A la Faculté de Médecine

a) ADJUVAT

1880. — Aide d'anatomie provisoire.
1881. — Aide d'anatomie titulaire.

b) PROSECTORAT

1884. — Prosecteur.

c) CLINICAT

1886. — Chef de Clinique chirurgicale, attaché à la Clinique de la Charité.

d) ENSEIGNEMENT LIBRE

1887. — Conférences de Séméiologie chirurgicale, à l'hôpital de la Charité.

3° Concours (Admissibilités)

— *Bureau central des hôpitaux.* — Admissible en 1885. — 1886. — 1888.

— *Agrégation en chirurgie.* — Admissible en 1886.

II. TRAVAUX SCIENTIFIQUES

EXPOSÉ ANALYTIQUE DES TRAVAUX

PAR

ORDRE CHRONOLOGIQUE

I. — Lymphangite gangréneuse.

Dans la thèse de doctorat de M. le professeur agrégé Jalaguier (*De la lymphangite aiguë à forme gangréneuse*, Paris, 1880), nous avons donné une observation intéressante de lymphangite gangréneuse du pouce et du dos de la main. (*Obs.* X, p. 168.)

Voici les points les plus saillants de l'observation :

Panaris superficiel du pouce gauche d'origine septique, lymphangite gangréneuse.

Homme de 42 ans, garçon d'amphithéâtre, alcoolique, crevasse au niveau du pli phalangien du pouce gauche, frissons, gonflement et rougeur du doigt, lymphangite gagnant le dos du pouce, la partie postérieure du premier espace intermétacarpien et la face postérieure de l'avant-bras. Ganglions axillaires.

Large phlyctène allant de la face palmaire du pouce, par sa face interne, et se terminant à la partie la plus élevée de sa racine vers l'extrémité supérieure du premier métacarpien, liquide séro-sanguinolent dans la phlycténe.

Cette phlyctène recouvrait exactement une ulcération allongée allant de la face palmaire du pouce jusqu'à l'articulation corpo-métacarpienne, large de 8 millimètres à 2 centimètres. Cette surface est sanieuse, couverte d'une couche pultacée, d'un gris noirâtre.

Guérison rapide sous l'influence d'un pansement humide phéniqué.

Il reste une cicatrice résistante, épaisse, analogue à celle d'une brûlure au troisième degré indiquant que le derme avait été assez profondément altéré.

II. — Ulcère tuberculeux de la Langue. — Amputation partielle.

(*Annales des maladies de l'oreille, du larynx et des organes connexes.* Mars 1882, nº 1, p. 1.)

Cet article a été écrit pour présenter une observation de tuberculose linguale traitée chirurgicalement par l'amputation partielle, pour :

1° Supprimer les souffrances et les troubles fonctionnels ;

2° Protéger l'économie contre l'infection partie d'un foyer limité.

Obs. : Homme de 36 ans.

Ulcération de la langue ayant débuté au mois d'octobre 1881.

Début par douleurs vives et crevasse près du milieu de la langue.

21 décembre. — Moitié gauche de langue tuméfiée, épaissie, crevasse pro onde sur sa face dorsale, oblique en avant et en dehors, anfractueuse avec petits amas jaunâtres au centre.

Sur le côté de la langue, ulcère de 1 $^1/_2$ centimètre de largeur, bords irréguliers, non saillants, non décollés, base non indurée, exsudats jaunâtres à la surface, mamelons arrondis, rosés sur ses bords.

Ganglion sus-hyoïdien médian tuméfié, roulant sous la peau, quelques ganglions sous-maxillaires tuméfiés du même côté.

Poumons bons, sauf rudesse respiratoire au sommet droit en arrière.

Diagnostic difficile et délicat :

Ulcère simple : pas de dent malade, dos de la langue.

Epithélioma lingual : pas de base indurée.

Glossite tertiairé : crevasses, nodosités, langue bourrée de noisettes.

Tubercule : ulcération formée par des plaques rondes, jaunâtres et lisses, d'autres ouvertes et ulcérées, les petites saillies renferment des follicules tuberculeux.

Opération le 5 janvier par M. Trélat.

Ablation des parties malades au moyen de l'anse galvanique.

Examen microscopique :

1° Couche épithéliale dénudée;

2° Couche conjonctive en prolifération embryonnaire, vaisseaux distendus;

3° Masses tuberculeuses avec cellules géantes au milieu.

4° Autour, fibres musculaires dégénérées, fibrillaires, envahies concentriquement par les masses tuberculeuses.

Cette couche d'envahissement montre la rationalité de l'intervention radicale mise en principe par M. Trélat. (Ablation large du mal.)

Suites de l'opération parfaitement normales.

Guérison totale le 25 janvier avec conservation des mouvements.

III. — Contribution à l'étude de l'Ophthalmie diphthéritique et de son traitement.

(*Archives d'Ophthalmologie.* T. II, p. 132 à 151, 1882.)

Ce travail a pour but l'étude de quelques points de l'ophthalmie diphtéritique vraie ; celle qui est caractérisée par « la production » de fausses membranes fibrineuses d'origine diphthéritique, sans » suppuration primitive, avec tendance à la nécrose de la cornée et » à la destruction rapide du globe oculaire. »

L'œil malade présente l'état suivant : paupières atteintes d'un gonflement rougeâtre, dur, scléreux, sans œdème. Dans quelques cas, plaques de diphthérie cutanée sur leur face libre.

Sécrétion conjonctivale, d'abord augmentée, puis jaunâtre, visqueuse, enfin tout à fait abolie.

Sur la conjonctive palpébrale surtout, fausses membranes jaunes, grisâtres ou blanc sale, adhérentes et laissant une surface saignante ou lardacée et jaunâtre.

Kemosis peu marqué, mais rose-jaunâtre, saumoné.

La cornée s'altère entre le cinquième et le sixième jour, vitreuse, puis opaline blanche; ulcération centrale ou nécrose totale en masse.

Douleurs dans la zone ciliaire, hypertonie, douleurs périorbitaires.

Deux symptômes nouveaux de la convalescence : chute des cils, paralysie de la paupière.

Les indications fondamentales du traitement sont les suivantes :

« 1° Réveiller dans la muqueuse un état de congestion inflam-
» matoire favorable à l'élimination des produits néoplasiques et à la
» production d'un pus de bonne nature, en un mot, provoquer
» l'apparition d'une ophthalmie purulente franche;

» 2° Traiter ensuite cette ophthalmie purulente par les moyens
» habituels, qui sont ceux que justement on doit proscrire dans le
» début de la maladie. »

On substituera le second traitement au premier, quand il n'existera plus de fausses membranes et quand un pus, jaune épais, aura remplacé la sécrétion jaunâtre et visqueuse.

Il faut donc s'abstenir des caustiques.

Le traitement employé chez trois des malades consistait en lavages antiseptiques avec l'eau additionnée de liqueurs de Labarraque ou l'eau phéniquée à 3 °/₀; application de cataplasmes de fécule arrosés d'eau phéniquée; décortication des fausses membranes à l'aide d'un linge dur.

Dans le but d'activer la sécrétion conjonctivale et de favoriser ainsi le décollement des fausses membranes, nous avons employé, *pour la première fois*, la pilocarpine en injections hypodermiques dans la région temporale.

Quelques heures après une injection de 1 à 4 centigrammes de pilocarpine, l'œil devenait larmoyant, il devenait le siège d'une sécrétion claire, visqueuse, plus liquide; les fausses membranes devenaient rapidement molles et diffluentes et la teinte opaline de la cornée diminuait très rapidement.

La période diphthérique de la maladie qui, avec le traitement antiphlogistique et antiseptique simple, était de onze à douze jours, est tombée chez les malades traités par la pilocarpine à huit jours au maximum quand le traitement a été institué dès le début.

Tableau récapitulatif des observations.

A. — *Ophthalmies traitées sans pilocarpine.*

	Nom.	Age.	Période dipht.	Période suppurative	Terminaison.	Particularités.
Obs. I.	Aubry	8 1/2 ans	13 j.	17 j.	Perforation, perte de la vue.	Traité d'abord par les caustiques.
Obs. II.	Goby	5 ans	11 j.	12 j.	Guérison complète.	
Obs. III.	Copinot	2 1/2 ans	13 j.	14 j.	Taie cornéale.	
Obs. IV.	Labbé	3 1/2 ans	10 j.	12 j.	Guérison complète.	

B. — *Ophthalmies traitées par la pilocarpine.*

	Nom.	Age.	Période dipht.	Période suppurative	Terminaison.	Particularités.
Obs. V.	Guimier	6 ans	11 j.	13 j.	Guérison complète.	
Obs. VI.	Salaün	22 ans	6 j.	13 j.	Guérison complète.	
Obs. VII.	Marier	8 ans	9 j.	8 j.	Guérison. Taie ou perte de la cornée.	Traitement commencé au 6e jour.
Obs. VIII.	Demontreuil	2 1/2 ans	11 j.	18 j.	Perforation des deux cornées.	Rougeole. Diphthérie maligne
Obs. IX.	Duhamel	3 1/2 ans	8 j.	16 j.	Guérison totale.	

IV. — Périostite phlegmoneuse et Ostéomyélite (Incisions. — Trépanation).

(De St-Germain et Barette, in *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1883. Mars, p. 123.)

Ce travail, basé sur cinq observations recueillies à l'hôpital des Enfants-Malades, a pour but de maintenir la distinction depuis longtemps établie entre l'abcès sous-périostique et l'ostéomyélite totale.



Dans un cas, l'incision large du périoste permet d'obtenir la guérison ; dans l'autre, la trépanation osseuse peut seule, et encore pas toujours, arrêter la marche grave des accidents. Nous rapportons une observation frappante de ce second cas, dans laquelle la trépanation du tibia amena la guérison. Au cours d'une opération pratiquée plus tard, on put retirer et extraire un séquestre, dont la figure est ci-contre et qui entretenait un travail considérable d'ostéite productive. Il portait au centre la perforation du trépan.

V. — De l'intervention chirurgicale dans les Hernies étranglées compliquées d'adhérences et de gangrène (Entérectomie et Entérorrhaphie).

(*Thèse Doctorat*, 1883. — Couronnée par la Faculté. Médaille d'argent, 1884.)

Nous avons fait dans cette thése, inspirée par notre maître, M. le professeur Trélat, un travail de critique ayant pour point de départ deux observations ainsi intitulées :

Obs. 1 (p. 8). Hernie inguinale étranglée. Adhérences de l'anse herniée avec le sac. Dissection. Ouverture de l'intestin. Suture intestinale. Guérison.

Obs. 2 (p. 9). Hernie crurale étranglée. Gangréne de l'intestin. Anus contre nature. Entérorrhaphie secondaire. Guérison.

Nous divisons ensuite notre travail en deux parties :

Hernies étranglées compliquées d'adhérences.
Hernies étranglées compliquées de gangrène.
Dans un premier chapitre d'historique générale, nous parcourons trois périodes : l'ancienne, des temps les plus reculés jusqu'à 1757 ; la seconde, de 1757 (Mémoire de Louis, jusqu'à 1873) ; la moderne, de 1873 à 1883.
Le second chapitre traite des diverses variétés que peuvent présenter les adhérences ou la gangréne.

Les adhérences sont :

a. Molles, gélatineuses ou pseudo-membraneuses ;
b. Cellulaires organisées, minces et flexibles ;
c. Cicatricielles, dures, résistantes, organisées complètement ; adhérences en U ; adhérences multiples en masse alvéolaire.
Les altérations gangréneuses peuvent présenter beaucoup de variétés en étendue et en profondeur, etc., etc.

A. Hernies compliquées d'adhérences. — On doit dissocier les adhérences molles et gélatineuses, reséquer les filamenteuses.
En cas d'adhérences fibreuses ou charnues, la dissection, même si elle produit une solution de continuité, est applicable, pourvu

toutefois que l'état général du malade ne soit pas trop mauvais ; dans ce cas, on préférera la kélotomie sans réduction immédiate.

La suture latérale, dans le cas de déchirure, suite d'adhérences, a donné d'excellents résultats.

La résection et la suture circulaires ont été récemment appliquées avec succès dans un cas de hernie adhérente en masse.

Les bons résultats de la suture se comprennent dans ces cas, si l'on tient compte de l'état d'intégrité vitale de l'intestin, qui fait que l'on a affaire à une plaie simple du tube digestif.

B. Hernies compliquées de gangrène. — Le pronostic de toute intervention est toujours d'autant plus grave que la gangrène est plus étendue.

Dans tous les cas, l'établissement de l'anus contre nature est et restera encore longtemps la seule intervention utile entre les mains d'un médecin dépourvu d'assistance et d'outillage suffisants pour donner quelques chances de succès.

La suture sera toujours une opération délicate, minutieuse, appartenant seulement à ceux qui seront rompus à toutes les manœuvres opératoires.

On peut, dans ce cas, admettre, en présence des faits, que l'anus contre nature a des dangers immédiats et éloignés, et dire qu'il ne doit y avoir *d'anus contre nature que ceux que l'on trouve établis d'eux-mêmes.*

D'autre part, les deux modes de suture, circulaire et latérale tant primitives que secondaires, ne sont nullement comparables. Les latérales donnent de très bons résultats, les circulaires complètes ont une moyenne d'insuccès qui les classe dans les opérations dangereuses.

Néanmoins on pourra essayer la suture circulaire primitive en employant un procédé de réunion, le plus parfait possible de ceux actuellement connus, et quand, d'autre part, l'état général du malade, l'existence d'une péritonite antérieure ne contre-indiqueront pas l'opération. Il faudra toujours, alors, placer un drain dans la plaie.

En cas contraire, la meilleure méthode nous paraît être la suture circulaire en deux temps, puisqu'elle permet d'éviter les dangers de l'anus contre nature, et qu'elle laisse un échappement de sûreté qui protège la réunion et qui est toujours plus simple de guérir.

L'entérorrhaphie latérale primitive donne de bons résultats ; nous en avons rassemblé 24 observations, dont 21 guérisons et 3 morts.

L'entérorrhaphie circulaire primitive présente un pronostic beaucoup plus sérieux. Nous en avons réuni 49 observations, dont 26 guérisons et 23 morts, soit 47 °/₀ de mortalité.

L'entérorrhaphie secondaire précoce (pendant la période de détersion de l'anus contre nature) semble plus dangereuse encore puisque la mortalité est de 50 °/₀.

Nous avons décrit sous le nom d'entérorrhaphie secondaire tardive, les opérations de suture intestinale pratiquées pour obtenir la guérison des anus contre nature ou des fistules stercorales.

L'entérorrhaphie secondaire latérale n'a jamais donné que des succés ; 5 opérés, 5 guéris.

L'entérorrhaphie secondaire circulaire, dont nous avons rassemblé 29 cas, nous a donné 17 guérisons et 13 morts, soit 45 °/₀, sans tenir compte des cas où la méthode opératoire était formellement contre-indiquée.

Nous avons continué depuis la publication de cette thèse à rassembler des documents que nous publierons dans quelque temps et à l'aide desquels nous chercherons à montrer si la question a avancé ou reculé ; si la suture intestinale donne aujourd'hui de meilleurs résultats qu'autrefois.

VI. — Des diverses variétés d'Orchites consécutives ou Cathétérisme uréthral.

(Travail inséré dans les *Bulletins des travaux de la Société Médico-Pratique de Paris.* Nouvelle série. T. I, p. 112 à 126. — Tirage à part.)

Ce travail, basé sur 18 observations, se termine par les conclusions suivantes :

1° Les Prostatiques et les Rétrécis arrivés à un certain âge sont exposés aux complications testiculaires du cathétérisme, d'autant plus que leur muqueuse uréthrale est altérée et plus vasculaire ;

2° Les orchi-épididymites qui surviennent peuvent se montrer sous deux formes diverses : la forme aiguë simple, non suppurative, et la forme aiguë suppurative ;

3° Dans tous les cas nous croyons que le point de départ est une

lésion de la muqueuse au niveau ou au voisinage des orifices éjaculateurs;

4° L'inflammation partie de ce point paraît se propager par les voies lymphatiques de l'appareil séminal et gagner ainsi le testicule et la tunique vaginale; cette propagation semble être récurrente;

5° L'état sain ou morbide des urines, les altérations anciennes plus ou moins étendues des voies urinaires paraissent jouer un rôle important dans la détermination de la forme clinique de ces orchites et faire qu'elles soient simples ou suppurées.

VII. — De l'influence des Contusions répétées sur le développement des Tumeurs malignes des os.

(*Revue de Chirurgie*, 1885. T. V., p. 288.)

Voici le titre de l'observation qui a été le point de départ de ce petit travail :

Tumeur maligne du tibia gauche, développée dans un point fréquemment contusionné. Marche rapide notablement accélérée par un traitement empirique. Mort.

VIII. — Des Varices profondes du membre inférieur, de leurs signes et des accidents qu'elles peuvent déterminer.

(Th. A. Gauthier. Paris, 1884.)

Dans cette thèse, qui a été faite sous notre inspiration, se trouvent deux observations que nous avons données à l'auteur :

1° La première (*Obs.* I, p. 25) a trait à un diagnostic de varices profondes chez une arthritique ne présentant aucune varice superficielle ;

2° La seconde (*Obs.* IV, p. 43) est la relation de deux accidents de varices profondes ayant donné lieu au phénomène dit de *coup de fouet*, caractérisés par une douleur vive de gonflement du mollet, l'apparition d'une ecchymose cinq à six jours après le début.

IX — Des Néphrites infectieuses au point de vue chirurgical.

(*Thèse d'Agrégation*. Paris, 1886)

Voici l'analyse de cette thèse, qui est le premier travail d'ensemble publié sur cette question :

Jusqu'à nos jours, les chirurgiens, méconnaissant peut-être un peu trop le terrain sur lequel ils opéraient, se préoccupaient surtout de diminuer par des opérations hardies et habiles le nombre des affections encore réputées incurables ; à M. le professeur Verneuil revient l'honneur d'avoir fixé l'attention sur les relations étroites qui rattachent la marche des traumatismes et des affections chirurgicales aux divers états organiques des individus.

Entre autres conséquences de ces relations, il a montré que le traumatisme peut être la source d'une aggravation rapide et fatale de l'état des reins altérés. Mais, en outre, depuis les travaux des bactériologistes, depuis la connaissance des maladies infectieuses, on sait que certaines affections chirurgicales infectieuses peuvent créer de toutes pièces des lésions dans le rein, et qu'il peut y avoir des néphrites infectieuses chirurgicales, comme il y a des néphrites infectieuses médicales.

Toujours secondaires, elles peuvent être produites de deux façons absolument différentes : tantôt les éléments infectieux sont apportés au rein par le courant circulatoire dans lequel ils ont pénétré à travers les capillaires veineux ou lymphatiques ou par effraction brutale de ces vaisseaux ; tantôt ils le pénètrent en remontant par les voies d'excrétion de l'urine.

I

Dans la première partie nous étudions l'infection rénale par voie circulatoire. Le rein peut être traversé par des éléments infectieux, altéré et modifié plus ou moins profondément dans sa structure et ses fonctions, à la suite d'un grand nombre de lésions chirurgicales. En dehors de la pyohémie et de la septicémie, maladies infectieuses au premier chef, on trouvera la néphrite infectieuse dans certaines lésions du tégument externe et du tissu cellulaire sous-cutané ; brûlures suppurant abondamment, ecthyma, furoncle et anthrax

(le plus souvent, il est vrai, par l'intermédiaire de la pyohémie), et surtout la lymphangite et l'érysipèle.

Parmi les maladies chirurgicales du squelette, il faut citer comme capable de produire la néphrite infectieuse, en première ligne l'ostéomyélite aiguë, puis les fractures ouvertes compliquées de suppurations graves, les suppurations osseuses de longue durée, l'ostéomyélite prolongée, les nécroses, les caries, les affections tuberculeuses du squelette. Du côté des articulations, nous trouvons les arthrites infectieuses primitives, déterminations articulaires de maladies générales, les arthrites purulentes traumatiques (par l'intermédiaire de la pyohémie ou de la septicémie), les arthrites suppurantes chroniques. Les suppurations septiques de la plèvre, certaines affections des voies digestives (angines phlegmoneuses, hernies étranglées, typhlites), l'infection puerpérale et même certains traumatismes du rein sont encore des causes de néphrites infectieuses. Les traumatismes toutefois peuvent, dans certains cas, rentrer dans la deuxième catégorie, la néphrite est alors due à une infection ascendante par les voies urinaires.

Nous citons à l'appui de cette longue étiologie un grand nombre de faits cliniques et quelques expériences que nous n'avons pu faire assez nombreuses faute de temps.

Quoi qu'il en soit, les microbes pathogènes, en pénétrant dans le rein, peuvent dans quelques cas rares y circuler sans produire la moindre lésion, mais le plus souvent ils y déterminent une néphrite diffuse. Suivant la nature du principe morbide éliminé, principe qu'on peut ne plus retrouver dans le rein au moment de la mort du malade, les lésions se présentent sous deux types évolutifs différents.

Dans le premier, la néphrite de l'érysipèle simple, par exemple, les lésions ne paraissent avoir aucune tendance à suppurer : « les reins sont volumineux, la substance corticale est tuméfiée, tantôt blanchâtre ou grisâtre, tantôt congestionnée au point même de présenter des taches hémorrhagiques. A l'examen microscopique, on trouve les capillaires intertubulaires dilatés, les anses glomérulaires gorgées d'hématies et aussi de microbes, des hémorrhagies glomérulaires. » C'est la néphrite congestive de Renaut (de Lyon).

Dans la deuxième forme, dont le type est la pyohémie, « les embolies parasitaires déterminent rapidement un travail de suppuration qui produit l'abcès miliaire. Les reins moins congestionnés présentent des marbrures de teintes diverses, jaunâtres, rosées, rouge

vineux. On y voit à l'œil nu un semis de points rouges ou violacés, au centre desquels ne tardent point à apparaître les éléments du pus. Le microscope montre dans ces cas la migration abondante des microbes, des leucocytes, la désorganisation cellulaire et glomérulaire, et l'irritation proliférative du tissu conjonctif. » C'est une néphrite diffuse. Aux deux types précédents, qui sont les deux types infectieux les plus nets, il faut ajouter la dégénération granulo-graisseuse du rein, que l'on trouve surtout dans les suppurations prolongées et dont les rapports avec le microbe pathogène sont encore assez mal déterminés.

Après avoir étudié l'anatomie et la physiologie pathologiques de quelques formes de néphrites infectieuses chirurgicales (pyohémie, septicémie, brûlures, furoncle et anthrax, lymphangite, ecthyma, érysipèle, ostéomyélites, suppurations prolongées, arthrites, pleurésies, maladies du tube digestif, infection puerpérale, etc.), arrivant ensuite aux symptômes et au diagnostic, nous étudions d'abord les caractères généraux de ces néphrites, puis les quelques caractères différentiels qu'elles peuvent présenter, suivant qu'elles surviennent dans telle ou telle affection chirurgicale. Pouvant rester absolument latente, la néphrite infectieuse est quelquefois aussi très fugace. Qu'elle affecte la forme aiguë ou la forme lente et torpide, elle se traduit par un ensemble de symptômes, dont les plus importants sont tirés de l'examen physique et chimique de l'urine ; on trouve parfois dans cette dernière des microbes pathogènes.

Une semblable complication est toujours préjudiciable au malade, le pronostic cependant varie d'une infinité de façons, suivant la malignité de l'infection causale, suivant l'intensité de la néphrite, etc.; autant une néphrite transitoire est bénigne, autant les signes accentués de néphrite sont graves dans le cours d'une maladie compliquée de pyohémie ou de septicémie; guérissant facilement lorsqu'elle est légère, la néphrite est des plus redoutables quand elle devient hémorrhagique, et peut entraîner une mort rapide.

Malheureusement la thérapeutique est bien impuissante contre la néphrite infectieuse en elle-même ; aussi doit-on surtout chercher à l'éviter, et la désinfection, l'antisepsie sont les meilleurs moyens auxquels on puisse avoir recours pour le présent.

II

Dans la deuxième partie de notre thèse, nous étudions les néphrites infectieuses ascendantes dans les affections des voies d'excrétion de

l'urine. A cette classe correspondent les noms de pyélo-néphrite parasitaire, de *rein chirurgical*, expression mauvaise qui n'a plus actuellement de raison d'exister.

« Toutes les altérations ascendantes des voies urinaires et du rein ne sont pas des infections, mais la congestion et la stase urinaires peuvent les favoriser. L'infection du rein date du moment où les micro-organismes y pénètrent en assez grand nombre pour entraîner sa suppuration. »

Dans certains cas, les voies urinaires sont infectées par des virus spécifiques introduits directement par contagion à leur surface, ce sera le gonococcus de Neisser dans la blennorrhagie, le bacille de Koch dans la tuberculose.

Mais le plus souvent ce sont des maladies non infectieuses par elles-mêmes qui produisent indirectement la néphrite infectieuse. Ce sont les rétrécissements de l'urèthre, les hypertrophies de la prostate, la pierre dans la vessie, les cystites, les tumeurs du réservoir urinaire, les tumeurs du voisinage qui compriment les uretères (cancer de l'utérus, kystes de l'ovaire), les calculs du bassinet, de l'uretère, de la substance rénale.

Toutes ces affections tendent au même résultat : la stagnation de l'urine. Sous cette influence elle ne tarde pas à se modifier et devient un milieu de culture favorable pour les micro-organismes. « Outre les troubles dans la composition chimique de l'urine, les irritations inflammatoires de la surface des voies urinaires constitueront encore une condition favorable. Et une fois les microbes en voie de pullulation ils tendront à gagner le rein, justement à la faveur de la propagation septique par les urines, ou inflammatoire par les surfaces muqueuses. » Il va sans dire que toute altération antérieure du parenchyme rénal, infectieuse ou non, ne peut que favoriser l'éclosion des accidents. Le rein lui-même, devenu septique, pourra être une source nouvelle d'infection pour l'organisme tout entier et déterminer une pyohémie, une septicémie urinaires.

Quant aux processus anatomiques constatés dans les reins infectieux, nous les classons de la manière suivante :

1° Dilatation avec stase urinaire, infection, suppuration chronique ou subaiguë, pyélite.

2° Dilatation, stase, ou en l'absence de ces deux lésions, néphrite infectieuse rayonnante ; néphrite bactérienne commençant par le sommet des pyramides (néphrite parasitaire de Klebs).

3° Néphrite aiguë diffuse ou néphrite aiguë avec abcès miliaires

disséminés ; glomérulo-néphrite suppurée de Bazy. (Glomérulites bactériennes dues à l'importation microbienne par voie circulatoire ?)

Si on laisse de côté la néphrite blennorrhagique et la néphrite tuberculeuse, les néphrites infectieuses ascendantes peuvent se présenter sous deux formes cliniques absolument différentes.

La forme chronique, qui rappelle la cachexie urinaire décrite par M. le professeur Guyon, est une sorte de septicémie urinaire progressive qui se termine, quelquefois au bout de 2 ans, par des phénomènes urémiques et de l'hypotermie, à moins que le malade ne soit emporté auparavant par quelque poussée aiguë.

La forme aiguë (septico-pyohémie urinaire) est remarquable par l'intensité des accidents et la rapidité de leur évolution; constamment mortelle, elle peut tuer en 5 ou 6 jours, quelquefois elle affecte une allure subaiguë et peut durer un mois ou un mois et demi.

Le diagnostic n'offre de difficultés sérieuses qu'au début de la forme chronique. Toutefois « pour M. Guyon, une urine laiteuse, qui contient un dépôt purulent, qui, versée dans plusieurs verres au moment de la miction, laisse dans chacun un dépôt identique, est d'origine rénale. Elle donne toute sa valeur diagnostique et pronostique à la polyurie trouble. »

Le pronostic est évidemment très grave, même dans les formes chroniques. Elles commandent en effet une grande réserve au chirurgien dans les manœuvres d'exploration ; lorsqu'elles ne sont pas améliorées par un traitement approprié, elles peuvent devenir une contre-indication absolue aux opérations vésicales ; en cas de pierre, il faudra avoir recours à la taille de préférence à la lithotritie.

Le traitement curatif, comme pour les néphrites infectieuses par voie circulatoire, est presque nul. L'acide benzoïque, l'acide salicylique, l'acide borique, la glycérine, pris à l'intérieur, ont bien donné quelques heureux résultats, mais on devra surtout chercher à prévenir les néphrites en évitant la stagnation de l'urine et en s'entourant des précautions antiseptiques les plus rigoureuses dans toutes les manœuvres d'exploration des voies urinaires ou dans toutes les opérations qui s'y pratiquent.

X. — Contribution à l'étude des maladies chirurgicales infectieuses (Travaux du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité).

(In *Revue de Chirurgie*, 1887, p. 608 à 635.)

Cette étude fait suite à notre thèse d'agrégation de 1886. Elle est basée sur quatre observations :

Obs. 1. — Phlegmon diffus du bras gauche. Albuminurie transitoire. Guérison.

Obs. 2. — Amputation du sein. Septicémie mortelle. Albuminurie. Lésions du foie et des reins.

Obs. 3. — Hystérectomie vaginale. Accidents septicémiques consécutifs au premier pansement. Guérison.

Obs. 4. — Lymphangite grave de la jambe gauche. Phlegmon diffus panniculaire consécutif. Néphrite infectieuse hémorrhagique. Congestion pulmonaire. Mort.

Dans les réflexions qui suivent, nous croyons pouvoir démontrer que l'albuminurie était liée à l'élimination par le rein des substances infectieuses engendrées par les foyers morbides. Cette albuminurie était légère et transitoire dans un cas, permanente et croissante dans les deux cas mortels.

Il résulte encore de l'examen attentif des deux cas terminés par la mort, que les malades n'ont point succombé à cause de la malignité spéciale des organismes pathogénes qui les avaient contaminés, mais plutôt à cause de la non-élimination des éléments infectieux, due au mauvais fonctionnement du foie et surtout des reins.

XI. — Étude de critique sur les ruptures du Périnée et leur traitement. — Suture immédiate.

(Par Frédéric Latouche. *Thèse*, Paris, 1886.)

Dans ce travail dont nous avions suggéré l'idée à l'auteur, et où la question de la suture immédiate est discutée sous toutes ses faces, où les indications, les avantages, les contre-indications sont

soigneusement passées en revue, nous avons inséré une observation de suture pratiquée cinquante-six heures après le travail, suivie de réunion immédiate. (*Obs.* XIV, p. 57.)

D'ailleurs, cette observation avec tous ses détails se trouve dans le travail que nous avons fait plus tard sur deux cas de déchirure périnéale.

XII. — Chirurgie orthopédique.

(Page 669 à 745, du tome VI, de l'*Encyclopédie Internationale de Chirurgie*, 1886.)

Ce travail contient les faits intéressants signalés dans la partie anglaise du même ouvrage, rédigée par Fisher (de Londres), élève d'Adams.

Nous avons adopté la définition suivante de l'orthopédie : « C'est » l'art de prévenir et de corriger les difformités du corps, quelles » que soient leurs origines (congénitales ou accidentelles), leur » nature et leur siège. »

Mais, pour répondre au plan imposé par les éditeurs de l'ouvrage, nous avons dû nous borner à l'étude des affections qui forment le bilan le plus ordinaire de la chirurgie orthopédique.

Notre travail se divise de la façon suivante :

I. — Difformités du cou et du rachis :

Scoliose.

II. — Difformités du membre supérieur :

Main bote ;
Rétraction de l'aponévrose palmaire.

III. — Difformités du membre inférieur :

Pied bot ;
Orteil à marteau.

A propos du traitement de cette affection je dis (p. 720, 2e colonne) : « Nous avons plusieurs fois expérimenté sur le cadavre » une autre méthode que nous nous proposons d'employer sur le » vivant quand l'occasion s'en présentera. Elle consiste à réséquer » les deux extrémités osseuses qui forment l'articulation déformée ; » après quoi on redressera l'orteil, en s'aidant au besoin de la

» division du tendon extenseur ou du fléchisseur s'ils sont trop
» rétractés. »

M. le Dr Terrier, dans un rapport récent à la Société de chirurgie (18 juillet 1888, in *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1888, p. 617), a reconnu, avec bienveillance, la priorité de cette idée quand il dit : « Du reste, l'idée que j'ai mise à exécution, et qui a bien réussi » jusqu'ici, avait été formulée par M. Barette, dans son article sur » la chirurgie orthopédique : il propose, en effet, la résection des » extrémités osseuses formant l'articulation déformée.... »

Valgus du gros orteil :

Dans le traitement je propose une nouvelle méthode, l'ostéotomie cunéiforme à base interne : « Nous pensons qu'il y aurait avantage, dans un grand nombre de cas où la tête n'est point augmentée » dans tous ses diamètres, à substituer à la résection une ostéotomie cunéiforme enlevant un coin d'os à la face interne du » métatarsien. Ce coin, à base interne, aurait une épaisseur proportionnelle à l'étendue de l'axe de déviation ; on redresserait ensuite » l'orteil et on pratiquerait au besoin la ténotomie de l'extenseur » ou des muscles sésamoïdiens, pour aider au redressement. »

Courbures rachitiques des os.

Genu valgum.

Déformations du membre inférieur dues aux suites de la paralysie infantile.

Luxation congénitale de la hanche.

Dans ce chapitre nous exposons notre façon de comprendre les luxations dites congénitales. C'est une classe de luxations pathologiques, et on pourrait les désigner par le terme général de *Luxations cono-fémorales pathologiques de la première enfance.*

J'admets que la pathogénie de ces luxations peut se résumer de la façon suivante :

1° Luxations dues à l'arthrite fœtale ;

2° Luxations dues à des lésions du système nerveux : celles-ci sont de deux ordres :

a. Altérations du système nerveux présidant à l'évolution du squelette (malformation originelle) ;

b. Altérations centrales produisant la paralysie musculaire (luxations paralytiques ou atrophiques).

XIII. — De la Pathogénie des Luxations pathologiques.

(Mémoire pour le prix Demarquay, déposé à la Société de Chirurgie, en 1885. Mention très honorable.)

Nous n'avons pas encore eu l'occasion de faire imprimer ce travail que nous retouchons incessamment. Nous pouvons néanmoins donner ici une idée de ce qu'il contient. Il est divisé en deux parties :

I. — *Pathogénie générale des luxations pathologiques.*

Voulant établir une classification bien déterminée, nous nous sommes basés sur l'étiologie, l'anatomie pathologique et la marche clinique des affections.

Le tableau synoptique suivant permettra d'embrasser d'un seul coup d'œil notre classification :

I. — Par lésions de voisinage	Rétractions cicatricielles.		
	Néoplasmes péri-articulaires.		
II. — Par lésions idio-articulaires.	1° Laxité ligamenteuse.	Post-traumatique.	
		Idiopathique ?	
		Acquise	Attitudes vicieuses.
			Mouvements forcés.
			Epanchements.
	2° Lésions inflammatoires.	Arthrite rhumatismale, aiguë simple, secondaire.	
		Hydarthrose.	
		Arthrite chronique déformante.	
		Arthrite tuberculeuse (tumeurs blanches).	
III. — Par lésions du système nerveux.	1° Altérations du système nerveux trophique présidant au développement.	Influençant le développement intra-utérin.	
		Influençant le développement après la naissance.	
	2° Troubles trophiques directs (artropathies).	Lésions des nerfs périphériques.	
		Lésions centrales	Myélite.
			Ataxie.
	3° Lésions nerveuses portant sur la vitalité des muscles.	Myélite infantile (Luxations paralytiques ou atrophiques).	

II. — *Pathogénie des luxations pathologiques en particulier.*

Dans cette seconde partie, nous avons rassemblé en faisceau plusieurs chapitres intéressants : spécialement au sujet du *torticolis occipito-atloïdien*, des *luxations arthropatiques* dans le tabes ; et là, nous avons donné la description et le dessin de plusieurs pièces intéressantes du musée de la Salpêtrière.

Enfin, à propos des luxations pathologiques de la hanche, nous avons traité successivement des : *a*. Luxations dues aux troubles dans le développement de la jointure pendant la vie embryonnaire, — malformations, — absence des extrémités articulaires ; ce sont les luxations originelles, congénitales vraies de quelques auteurs.

Nous étudions ensuite très longuement les luxations paralytiques ou atrophiques de la banche.

Dans un premier groupe de faits nous plaçons les luxations congénitales par allongement ligamenteux et nous montrons que ce sont de véritables luxations paralytiques.

Nous joignons ensuite aux observations de luxations paralytiques, dues à M. Verneuil et à M. Reclus, un certain nombre d'observations personnelles, dont deux très rares de luxation du fémur en avant.

Nous nous proposons de compléter ce travail en y ajoutant une partie thérapeutique dont nous rassemblons les documents.

XIV. — Observations de Tétanos.

Nous avons apporté un modeste tribut aux études de notre maître, M. le professeur Verneuil, sur la pathogénie du tétanos. D'abord deux observations ayant trait à l'origine équine de cette affection (bien que nous ne veuillons ici prendre parti pour ou contre cette hypothèse ingénieuse).

Obs. XXVI. (*Revue de chirurgie*, 1887, p. 769.) La femme d'un forgeron tombe dans la cour de la forge et se fait une fracture de jambe compliquée de plaie ; trois jours après blessure, tétanos aigu, mort en 72 beures.

Obs. XXVII. 18 mois après (chez le même maréchal ferrant) un vigoureux apprenti reçoit à la partie antérieure de l'avant-bras, au moment où il maintenait le cbeval que l'on ferrait, un coup de ciseau à rogner la corne. La plaie était large et saignait abondamment. Le blessé se rend aussitôt cbez le docteur Barette (mon père), qui applique comme pansement un gâteau de cbarpie imbibée d'alcool. Au troisième jour, tétanos aigu, mort en 48 heures.

Nous avons rapporté ensuite une observation de contagion par *séjour dans le même lit*, fait qui nous avait frappé lorsque nous

étions élève à l'école de médecine de Caen. (*Revue de chirurgie*, 1887, p. 581.) Un blessé succombe au tétanos consécutif à un écrasement de la main. — Six jours après on place dans le même lit un autre blessé atteint de fracture compliquée de jambe. Irrigation continue à l'eau alcoolisée. Amputation de la jambe près du genou. Au sixième jour, tétanos aigu, mort.

XV. — Traité pratique d'Antisepsie appliquée à la Thérapeutique et à l'Hygiène.

(T. II, 3e partie : *Antisepsie chirurgicale.*)

Nous avons eu pour but dans ce travail d'exposer d'une façon complète et pratique les méthodes actuellement connues, et les procédés de la chirurgie antiseptique.

Nous avons voulu, en un mot, que tout chirurgien, ou tout médecin obligé de faire de la chirurgie, puisse trouver dans ce livre toutes les indications utiles pour bien faire et arriver à de bons résultats.

Nous avons certainement beaucoup emprunté, mais nous devons dire aussi que nous avons expérimenté soigneusement beaucoup de substances et que tous les résultats que nous annonçons ont été vérifiés et reposent sur des faits d'observation.

Le travail se divise en onze chapitres :

I. Principes fondamentaux.
II. Antisepsie physique en général.
III. Antisepsie chimique en général.
IV. Antisepsie chimique. — Pansements humides. — Pansements secs. — Accidents dus aux antiseptiques.
V. Pansement des plaies en général, exposées, cavitaires.
VI. Affection des tissus et des systèmes.
VII. Grandes blessures des membres par armes à feu. — Grandes opérations sur les membres.
VIII. Chirurgie du crâne et de la face.
IX. Chirurgie du cou et du thorax.
X. Chirurgie abdominale et de l'appareil génito-urinaire.
XI. Hygiène chirurgicale.

XVI. — Traitement des manifestations externes de la Tuberculose.

(Mémoire présenté au congrès de la Tuberculose, tenu à Paris, fin juillet 1888, en impression pour paraître dans le volume du *Compte rendu du Congrès*.)

Ce mémoire est basé sur 29 observations d'abcès froids ganglionnaires ou symptomatiques de lésions osseuses.

Nous étudions comparativement trois méthodes de traitement :

1° La méthode sanglante pure, incision, grattage, résection, etc. ;

2° Les injections d'éther iodoformé ;

3° L'incision et le grattage précédés d'une injection modificatrice d'éther iodoformé ; méthode que nous avons mise systématiquement en pratique dans plusieurs cas. Des faits que nous avons exposés nous pouvons conclure :

1° Que la méthode sanglante pure (incision, grattage) des abcès froids, tout en donnant de bons résultats définitifs dans un certain nombre de cas, doit inspirer des réserves;

2° Nous croyons que lorsqu'on veut traiter un abcès froid par l'ouverture large et le grattage, on mettra toutes les chances de succès de son côté en pratiquant au préalable la ponction aspiratrice et l'injection préparatoire d'éther iodoformé ;

3° Les modifications imprimées aux parois de l'abcès, par cette manœuvre, stériliseront la cavité de l'abcès et préviendront l'auto-inoculation ; la paroi sera facile à décortiquer et la réunion immédiate sera la règle.

4° L'injection d'éther iodoformé employée seule constitue un bon traitement des abcès froids ; il y a cependant des échecs et des récidives. Elle nous semble la méthode de choix pour les grands abcès ossifluents qu'il serait difficile et téméraire de traiter par l'ouverture, et tels que nous en avons donné des observations ;

5° L'éther iodoformé, la glycérine iodoformée semblent de bons modificateurs des fistules tuberculeuses ;

6° On ne doit jamais faire l'injection iodoformique, surtout quand on doit employer une quantité notable de liquide, sans s'assurer au préalable du bon fonctionnement de l'appareil rénal.

Nous avons depuis plusieurs années publié dans le journal *le Concours Médical*, une série d'articles de *Chirurgie pratique*, sortes de revues sur les faits les plus récents de la pathologie chirurgicale. Nous donnons l'énumération des principaux de ces articles, nous arrêtant spécialement sur ceux où nous avons publié des observations personnelles.

XVII. — Arthrotomie dans le traitement des maladies articulaires.

(*Conc. Méd.*, 1881, p. 480.)

XVIII. — Du diagnostic de la Coxalgie et de son traitement.

(*Conc. Méd.*, 1881, p. 603 et 650.)

Nous relatons dans cet article une observation intéressante d'arthrite tuberculeuse aiguë de la hanche survenue au cours d'une poussée de granulie aiguë à laquelle succomba le malade.

XIX. — Les Fractures chez les enfants et leur traitement.

Nous préconisons dans cet article les appareils formés d'attelles de carton mouillés et rendus inamovibles.

XX. — De l'Étranglement herniaire.

(*Conc. Méd.*, 1882, p. 99 et 148)

Le chirurgien appelé pour un cas de hernie étranglée ne doit quitter le malade que quand la hernie est réintégrée dans l'abdomen par le taxis ou la kélotomie (Trélat).

Tel est l'axiome que nous plaçons en tête de ce travail. Nous y

relatons une observation (p. 101) instructive, de hernie inguinale entéro-épiploïque assez volumineuse étranglée dans laquelle la doctrine de la temporisation préconisée par Gosselin dans les grosses entéro-épiplocéles, avait amené une issue funeste.

Le malade, en effet, homme vigoureux de 36 ans, entrait à l'hôpital avec une tumeur herniaire du volume des deux poings présentant des signes d'étranglement et tous les caractéres de l'entéro-épiplocéle; le pédicule avait la largeur de deux doigts. *36 heures après le début* des phénoménes d'étranglement, réduction sous le chloroforme, mort deux jours aprés de péritonite. L'anse herniée portait deux petites perforations, l'épiploon resté en partie dans le sac, commençait à se sphacéler et à suppurer.

Dans ce cas, la masse épiploïque n'avait donc point été la sauvegarde de l'intestin et n'avait point empêché le sphacéle de celui-ci.

Voici les règles que nous adoptons pour l'intervention :

1° Si la hernie est petite ou de moyen volume durant les 24 ou 36 premières heures le taxis, est permis, mais il ne doit pas durer plus de 15 à 20 minutes ; si l'on ne réussit pas, kélotomie ;

2° Quand l'étranglement date de 36 à 48 heures, le taxis doit être court, modéré, timide même; la kélotomie sera faite aprés de rapides tentatives ;

3° Quand l'étranglement date de plus de 48 heures, le taxis est prohibé ; la kélotomie est indiquée absolument.

XXI. — De l'Anesthésie chloroformique.

(*Conc. Méd*, 1882, p. 246 à 311.)

XXII. — Pathogénie, diagnostic et traitement des Hémorrhoïdes.

(*Conc. Méd.*, 1882, p. 366.)

Nous signalons et nous étudions dans cet article la dilatation à l'aide du dilatateur spécial de M. le professeur Trélat, notre maître, dont nous donnons la description.

XXIII. — Des indications opératoires dans les grands Traumatismes des membres.

(*Conc. Méd.*, 1882, p. 438 à .)

Cet article est le résumé d'un mémoire manuscrit non imprimé.

Ce travail avait été fait pour le concours de la médaille d'or en 1882. Nous ne l'avons pas encore livré *in extenso* à la publicité. Il est basé seulement sur 22 observations. L'addition de nombreux faits que nous avons observés et que nous observerons nous permettra d'en faire un jour un travail plus important.

Il est divisé en deux parties : 1° De l'indication thérapeutique en général dans les grandes blessures des membres — la Blessure — le Blessé — le Milieu. Du choix de l'indication (Régularisation primitive et antisepsie. — Conservation. — Amputation) ; 2° De l'amputation dans les grands traumatismes des membres. — Primitive. — Secondaire.

Du pansement dans les amputations traumatiques.

Notre tableau d'amputations traumatiques donne :

		Guérisons	Morts
19 amputations traumatiques	9 primitives	7	2
	10 secondaires	4	6

XXIV. — Kystes sébacés et Kystes dermoïdes.

(*Conc. Méd.*, 1882, p. 542.)

XXV. — Études sur les maladies du Testicule, leur diagnostic et leur traitement.

(*Conc. Méd.*, 1883, p. 64, 134 et 207.)

Nous avons inséré dans cet article un certain nombre d'observations inédites et nous posons comme base de l'examen clinique des affections testiculaires, la quadrilogie : testicule — épididyme — vaginale — cordon.

A propos des hydrocéles nous relatons deux observations inédites d'hydrocèle intermittente chez des jeunes gens rhumatisants.

Plus loin nous rapportons à propos de l'hématocèle, que nous appelons *pachyvaginalité*, quatre observations inédites d'hématocéle vaginale dans lesquelles on voit la progression ascendante des lésions

depuis la fausse membrane mince jusqu'à la couche fibroïde de 8 millimètres à 1 centimètre tapissant la face interne de la vaginale.

A propos des tumeurs malignes, nous insistons sur ce principe clinique, qui a une grande valeur à notre sens, qu'*une tumeur doit être considérée comme maligne si en peu de temps testicule et épididyme sont englobés par le néoplasme et indistincts.*

XXVI. — Traitement par les appareils plâtrés.

(*Conc. Méd.*, 1883, p. 436 et 460.)

XXVII. — Les Blessures et les Blessés.

(*Conc. Méd.*, 1883, p. 530 et 542. — 1884, p. 98. — 1885, p. 133, 176 et 182.)

Cette étude de pathologie chirurgicale générale a pour but d'exposer l'influence des états généraux sur les blessures et des blessures sur les états généraux ; en un mot elle résume les enseignements de M. le professeur Verneuil et de son école. Le tableau suivant donne la marche à suivre dans ce travail où nous avons inséré un certain nombre d'observations inédites.

- A. — Maladies constitutionnelles (Pampathies).
  - I. — Maladies de nutrition héréditaires ou acquises.
    - Arthritisme.
      - Rhumatisme.
      - Goutte.
    - Herpétisme.
    - Cancer.
    - Scrofule.
    - Tuberculose.
  - II. — Etats généraux par empoisonnement du sang.
    - A. — D'origine intérieure.
      - Diabète
        - Insipide.
        - Glycosurique.
        - Phosphatique.
      - Leucémie.
      - Septicémie autochthone.
    - B. — D'origine extérieure.
      - Animale.
        - Syphilis.
        - Morve.
        - Septicémie hétérochthone.
      - Végétale.
        - Paludienne.
        - Alcoolisme.
        - Morphinisme.
      - Minérale.
        - Saturnisme.
  - III. — Etats généraux succédant à la lésion d'un grand viscère.
    - Poumon.
    - Rein.
    - Foie.
    - Centre cérébro-spinal.
  - IV. — Etats généraux aigus.
    - Pyrexies infectieuses (typhique, rougeole, scarlatine, variole, etc.).
    - Choc traumatique — anémie aiguë.
- B. — Etats généraux physiologiques passagers.
  - Enfance.
  - Vieillesse.
  - Menstruation.
  - Grossesse ou puerpéralité
  - Etat cataménial.
  - Ménopause.

XXVIII. — Épithélioma et lupus de la face.

(*Conc. Méd.*, 1883, p. 365.)

XXIX. — Diagnostic des affections chirurgicales des Reins.

(*Conc. Méd.*, 1884, p. 559.)

XXX. — Diagnostic et traitement des rétrécissements de l'Uréthre.

(*Conc. Méd.*, 1884, p. 691.)

XXXI. — De l'Anesthésie cutanée locale par le Chlorhydrate de cocaïne.

(*Conc. Méd.*, 1885, p. 158. — Tirage à part.)

Ce petit mémoire rapporte les deux premières observations d'opérations faites sur la peau après injection sous-cutanée préalable et application locale de cocaïne.

XXXII. — De la Tuberculose articulaire.

(*Conc. Méd.*, 1885, p. 455, 479, 575, 601. — 1886, p. 103 à 112.)

XXXIII. — De la Néphrite ascendante infectieuse.

(*Conc. Méd.*, 1886, p. 478.)

XXXIV. — La réparation immédiate des déchirures du Périnée.

(*Conc. Méd.*, 1886, p. 425 et 601. — Tirage à part, formant une brochure de 24 pages.)

Ce travail est basé sur deux observations de réunion immédiate de déchirures opérées 56 heures et 4 heures après la rupture. Dans la seconde observation, la rupture était due à une disposition anormale du transverse du périnée, signalée par Skene et Churchill. Nous posons en principe que la *réparation du périnée* déchiré ne doit pas être abandonnée à elle-même — que la réunion immédiate a pour avantages de supprimer la plaie périnéale — de réunir les muscles divisés — de prévenir les déformations ultérieures et les difformités qui en découlent. C'est une méthode d'une utilité incontestable, d'exécution facile, et dont le succès est certain pourvu qu'on ne néglige aucune des règles de l'antisepsie.

XXXV. — De la cure radicale des Hernies.

(*Conc. Méd.*, 1887, p. 100, 257.)

A la fin de cet article, nous rapportons la description d'une pièce anatomique de cure radicale, de hernie crurale 42 jours après l'opération. — « Il s'était formé dans le canal crural un plan fibreux, » résistant, dur, sans adhérences avec la peau et au-dessus duquel » le péritoine s'étalait tout à fait lisse, sans infundibulum, présen- » tant seulement une étoile blanchâtre indiquant le point où la liga- » ture du sac avait porté. »

XXXVI. — Les ruptures traumatiques de l'Urèthre.

(*Conc. Méd*, 1888, p. 16.)

Ce travail a pour base l'observation d'un malade que nous avons traité pour une rupture traumatique due à une chute de cheval sur le pommeau de la selle, et une fracture du bassin. L'uréthrotomie

externe fut pratiquée d'emblée avant la période d'infiltration d'urine; nous eûmes ensuite à lutter contre un vaste abcès péri-uréthral communiquant probablement avec le foyer de fracture.

XXXVII. — Des Prolapsus des organes génitaux de la femme.

(Leçons de M. le professeur TRÉLAT, recueillies et rédigées par le docteur BARETTE, chef de clinique chirurgicale à la Charité. In *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1888, A paraître dans le même recueil, *Leçons sur les Métrites.*)

XXXVIII. — Diagnostic et traitement des tumeurs de la Vessie.

(*Conc. Méd.*, 1888, p. 394, 373 et 460.)

Ce travail est aussi basé sur une observation inédite que nous avons recueillie cette année :

Cancer encéphaloïde de la vessie implanté sur la partie droite du trigone, cystotomie sus-pubienne, extirpation.

Cette observation présente quelques points intéressants : le diagnostic très probable, vu les signes fonctionnels, put être confirmé par l'examen d'un fragment de tumeur expulsé pendant la miction, — L'intervention tardive et palliative ne fut décidée que pour porter remède aux douleurs, aux hémorrhagies, aux accidents de rétention d'urine et de l'altération rénale commençante.

Elle procura un soulagement immédiat et le malade succomba sans douleur 4 mois après aux suites de la cachexie cancéreuse.

TABLEAU ANALYTIQUE DES TRAVAUX

I. — Chirurgie générale.

II. — Système Vasculaire.

III. — Os et articulations.

IV. — Œil.

V. — Tube digestif.

VI. — Organes génito-urinaires.

VII. — Chirurgie gynécologique.